Publications de l'Union Médicale (nouvelle série), des 1er et 5 Février 1859.

SUR LES PERFORATIONS ET LES DIVISIONS

DE LA

VOUTE PALATINE

RAPPORT

FAIT A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS,

Dans sa séance du 4 Décembre 1858,

Par M. Hte Bon LARREY.

La Société médicale d'émulation a reçu, dans sa dernière séance, avec une lettre de candidature, un *Mémoire sur les perforations et les divisions de la voûte palatine,* par M. le docteur Baizeau, médecin-major au Val-de-Grâce et professeur agrégé à l'École de médecine militaire.

C'est au nom d'une commission composée de MM. Barth, Maurice Perrin et Larrey, que j'ai été chargé, Messieurs, de vous rendre compte de ce travail. La tâche dont je viens m'acquitter dès aujourd'hui, ne m'a pas permis de donner à mon rapport tous les développements que comporteraient à la fois le choix du sujet et le soin avec lequel il a été traité. J'ai pu joindre cependant à l'analyse du mémoire de M. Baizeau quelques recherches dont je m'étais occupé déjà sur la même question.

Ainsi, avant d'entrer en matière, me sera-t-il permis de dire que j'avais autrefois indiqué, dans mes cours du Val-de-Grâce, l'utilité d'une monographie à faire sur les

perforations de la voûte palatine, à part les travaux relatifs à la staphylorraphie? Le plan de ce travail me semblait pouvoir être conçu comme il suit : anatomie normale de la région palatine; physiologie pathologique; pathologie spéciale, comprenant successivement : les lésions congéniales, divisions simples et divisions compliquées; les lésions mécaniques, plaies par instrument piquant, par instrument contondant et par projectiles d'armes à feu; les lésions organiques, ulcérations perforantes, scrofuleuses, scorbutiques, et surtout syphilitiques, avec carie ou nécrose; le siége de la perforation, ses signes physiques, forme, diamètre et rapports; les complications de lésion au voile du palais, à la lèvre supérieure et aux os; les effets symptomatologiques sur la déglutition, sur la voix et les conséquences ultérieures de la perforation abandonnée à elle-même; les résultats anatomo-pathologiques; les indications enfin du traitement, à savoir: 1° l'oblitération palliative et l'histoire des obturateurs de toute espèce; 2° l'oblitération curative, comprenant les essais de cautérisation et la méthode autoplastique ou l'uraniscoplastie proprement dite, avec ses différents procédés; et, en définitive, l'appréciation de ses résultats trop souvent sans succès; tel eût été ce travail dans son ensemble.

Voyons comment notre honorable confrère, M. Baizeau, l'a conçu de son côté. Il commence par exposer la distinction classique des perforations accidentelles et des divisions congénitales, offrant entre elles des différences faciles à reconnaître.

Les premières, ou les perforations accidentelles, sont produites par des causes diverses, surtout par des blessures d'armes à feu, et plus particulièrement par des coups de pistolet, dans des tentatives de suicide. Nous avons eu trop souvent l'occasion d'en voir des exemples, et quelques auteurs, Moizin (1), entr'autres, en ont rapporté aussi. Ces perforations traumatiques n'ont rien de fixe dans leur siége et leur étendue, rien de régulier dans leur forme et leur dimension. Elles offrent, en général, sur leurs bords, un tissu de cicatrice résistant, fibreux, peu vasculaire et adhérent aux os.

Les secondes, ou les divisions congénitales, siégent sur la ligne médiane, et fendent également la voûte palatine, qui, dans certains cas, se trouve tout à fait séparée en deux moitiés. Il résulte de là un écartement plus ou moins considérable, et quelquefois il semble qu'il y ait absence des apophyses transverses des os maxillaires et palatins. Mais ce défaut de développement, comme le rappelle et l'explique M. Baizeau, est plus apparent que réel. La division du voile du palais et le bec-de-lièvre compliquent souvent alors la difformité de la voûte palatine.

Ces sortes de solutions de continuité, quelle qu'en soit l'origine, présentent ordinairement des bords assez épais, recouverts par une membrane muqueuse très vasculaire qui se continue en haut avec la membrane pituitaire, et en bas avec la muqueuse palatine.

La lésion essentielle à considérer ici est donc la perte de substance ou la disjonction de la voûte osseuse, soit par perforation, soit par défaut de rapprochement des os pala-

(1) *Observations et réflexions sur les effets du coup de pistolet tiré dans la bouche.* Paris, an XI.

faire un obturateur de ce genre, pour une large perforation de la voûte palatine. Cet obturateur représente à peu près la forme des boutons de chemise, et se place ou se retire à volonté. Il se compose de trois plaques de caoutchouc vulcanisé, superposées l'une à l'autre, et soudées ensemble : l'une centrale, épaisse, exactement adaptée à la dimension de l'ouverture; l'autre intérieure ou nasale, dépassant d'un millimètre les bords de la moyenne, pour arc-bouter le plancher des fosses nasales; la troisième, enfin, extérieure ou buccale, découpée de même, mais plus épaisse, dépassant un peu plus encore le pourtour de la plaque centrale, pour mieux assujettir les points de contact avec la voûte palatine, et prévenir plus sûrement la pénétration de l'air.

C'est par méprise que l'on a attribué à M. Gariel lui-même l'invention de cet obturateur. M. Baizeau le préfère à tous les autres; mais je n'y attache pas grande valeur, si autorisé que je sois à partager cette opinion. Je dois déclarer, d'ailleurs, d'après une thèse de M. Riégé (1), que M. Gosselin paraît avoir eu la même idée avant moi, et M. Pauly avant même la fabrication du caoutchouc vulcanisé. Quoi qu'il en soit de cette priorité sans importance, les avantages de l'obturateur élastique seraient réels et supérieurs, si le caoutchouc n'avait l'inconvénient de donner à la bouche une saveur désagréable, et de se ramollir, de s'altérer à la longue, malgré la possibilité d'en renouveler souvent l'usage, à très peu de frais.

La substance la plus convenable et la moins employée, cependant, me paraît être le bois, et un bois assez dur, pour offrir la solidité du métal, en même temps que son contact, n'a pas, à beaucoup près, les mêmes inconvénients. Ce genre d'obturateur se taille, du reste, et se modifie au besoin très facilement. M. Baizeau a vu, dans nos salles de clinique au Val-de-Grâce, deux militaires atteints de perforation de la voûte palatine et pourvus auparavant d'obturateurs métalliques d'un prix assez élevé, y avoir renoncé tout à fait, pour y substituer des obturateurs en bois qu'ils avaient eux-mêmes parfaitement façonnés. Ceux-ci, en effet, remplissent si bien leur but, qu'une fois en place, ils n'occasionnent aucune gêne, ne provoquent ni saveur, ni salivation, ne laissent nullement pénétrer l'air par les fosses nasales, et restituent leur voix naturelle aux personnes qui les portent, en rendant aussi à la déglutition toute sa facilité. On peut enfin les remplacer, et en avoir de rechange, presque sans aucune dépense.

Si, en définitive, les obturateurs en bois me semblent préférables à tous les autres, y compris ceux d'ivoire, qui ne se travaillent pas aussi aisément, convenons, toutefois, que les obturateurs métalliques, bien faits et bien supportés, offrent, dans certains cas, de vrais avantages. J'ajouterai, à ce propos, une remarque qui ne me semble pas avoir été faite par d'autres médecins, non plus que par l'auteur du mémoire, c'est que, malgré un obturateur, la voix parlée reste souvent un peu nasonnée, tandis que la voix chantée redevient tout à fait naturelle ou musicale. Cette remarque, dont j'ai vérifié deux fois l'exactitude, m'a été suggérée par la lecture d'un passage des mémoires de St-Simon (2) :

(1) *Du caoutchouc vulcanisé*, etc. Paris, 1854.
(2) *Mémoires*, tome VII, chap. 69.

« M. de Termes, dit-il, pour je ne sais quel accident, avait un palais d'argent qui lui rendait la parole fort étrange; mais ce qui surprenait, c'est qu'il n'y paraissait plus dès qu'il chantait avec la plus belle voix du monde. »

Je m'excuse de cette digression par l'utilité pratique qu'elle peut offrir, et je reprends l'analyse du travail de M. le docteur Baizeau, pour en finir avec les obturateurs. Ceux de la seconde espèce, ou qui forment une simple plaque au-devant de l'ouverture, ont pour inconvénient leurs moyens d'attache, les effets du frottement et les embarras d'une application sans cesse renouvelée, comme pour la plupart des moyens de prothèse. Ceux-là, en un mot, ne doivent être employés que pour des perforations trop étendues et tout à fait irremédiables. On a bien essayé, dans les cas de division congénitale, et chez des sujets encore jeunes, de rapprocher mécaniquement les deux portions séparées du maxillaire supérieur à l'aide de divers appareils, tels que des pelottes à compression agissant sur les joues; mais les tentatives de ce genre ont été, par leur insuffisance même, assez généralement abandonnées, si ce n'est peut-être dans certains cas de *bec-de-lièvre* compliqués de disjonction palatine, et formant ce que, dans le langage vulgaire de la chirurgie, on appelle *gueule-de-loup*. Laissons ces cas en dehors de notre sujet.

Une ingénieuse application de l'autoplastie pouvait seule amener la guérison de ces ouvertures anormales. Il était réservé à l'un de nos plus habiles maîtres de doter la chirurgie française de cette opération, quoiqu'elle eût été déjà essayée en Allemagne. Mais le professeur Roux, en instituant la staphylorraphie en 1819 (1), n'en a pas moins rendu hommage plus tard à l'initiative de Græfe, de Berlin (2), qui, dès 1813, avait fait sans succès une tentative du même genre.

Le savant professeur Velpeau (3), attribue même la priorité de cette découverte chirurgicale à Lemonnier, habile dentiste de Rouen, au siècle dernier.

Roux avait entrepris sa première opération sur un jeune médecin étranger, originaire du Canada, M. Stephenson, qui, une fois guéri, lut son observation à l'Académie des sciences, et, l'année suivante, la publia dans sa thèse inaugurale (4). Telle a été l'origine d'un grand nombre d'opérations semblables, faites par l'éminent chirurgien, dans le cours de sa longue carrière. Il nous disait lui-même, peu de temps avant sa mort, avoir fait cent trente et quelques staphylorraphies.

Après de Græfe père, en Allemagne, Roux, en France, Alcock, en Angleterre, Warren fils, en Amérique, et bien d'autres chirurgiens, ont pratiqué cette opération, comme d'autres encore en ont modifié la méthode par divers procédés, ou l'exécu-ion par d'ingénieux instruments. Il nous suffira de citer, parmi les noms français, Auguste Bérard, Jules Guyot, Blandin, Fauraytier, De Pierris, Bourgougnon, Leroy,

(1) *Mémoire sur la staphyloraphie ou la suture du voile du palais.* 1825.

(2) *Journal de Hufeland*, pour 1817.

(3) *Éléments de médecine opératoire*, t. II, 1832.

(4) *Dissertatio de Velosynthesi.* Edinburgi, 1820.

tins et maxillaires. Il en est même, avons-nous dit, qui intéressent la plus grande partie de la voûte palatine, comme Meckren (1) en rapporte un exemple remarquable, intitulé : *De insignis magnitudinis hiatu in palato.*

De telles lésions entraînent des inconvénients assez sérieux, surtout pour la déglutition et la prononciation. Elles rendent l'alimentation quelquefois difficile chez l'enfant, entravent son éducation et lui ferment plus tard diverses carrières. Rappelons ici que la physiologie pathologique de ces lésions a été très bien exposée dans diverses recherches ou observations sur la staphylorraphie.

Mais l'art n'a eu, pendant longtemps, que de bien faibles ressources contre les perforations accidentelles et les divisions congénitales de la voûte palatine, jusqu'à l'époque où les succès du professeur Roux eurent démontré les avantages d'une opération rangée désormais parmi les conquêtes de la chirurgie moderne.

La cautérisation, renouvelée d'une façon ingénieuse dans ces derniers temps, pour les cas de division assez étroite, avait été autrefois le seul essai chirurgical tenté, mais aussi abandonné ensuite, si ce n'est par Lallemand, contre ces ouvertures anormales du palais. Elle agit en général de deux manières, soit par bourgeonnement, et il est peu marqué, soit par rétraction des tissus, et elle est difficile, à cause de l'adhérence des parties molles au tissu osseux.

M. Baizeau aurait pu exposer, à cet égard, le mode de cautérisation imaginé par M. le professeur J. Cloquet (2). Telle, en effet, que l'a modifiée notre habile et excellent maître, la cautérisation est tout autre que par la méthode ancienne. « Elle consiste, comme l'indique son auteur, à porter le cautère uniquement à l'angle de la division, dans une étendue restreinte, à laisser la rétraction du tissu cicatriciel s'opérer, puis à pratiquer une nouvelle cautérisation semblable, et à attendre encore, pour recommencer ensuite, de manière à ramener peu à peu les parties divisées les unes vers les autres, et à les réunir par une suite de cautérisations qu'on peut considérer comme autant de points de suture successifs. »

Ce procédé si simple et si facile est surtout applicable aux divisions peu profondes du voile du palais, et nous l'avons vu réussir dans ces conditions là. Rappelons seulement que les cautérisations doivent être faites légèrement, à l'angle seul de la division, et à intervalles de dix, quinze, vingt jours et plus. Les cautérisatians au contraire trop fortes et trop rapprochées, n'agissent que comme moyen de destruction, en produisant des escarres multiples, sans laisser le temps à la plaie de se cicatriser, tandis que par le procédé de M. Cloquet, le tissu inodulaire a ce qu'il lui faut pour se former, s'affermir, et résister de proche en proche à l'écartement des bords de la solution de continuité. C'est que nous avons eu occasion de dire ailleurs, dans une discussion sur ce sujet (3). Il suffit de le rappeler, à propos du mémoire de M. Baizeau.

(1) *Observationes medico-chirurgicæ*, 1682.

(2) *Mémoire sur une méthode particulière d'appliquer la cautérisation aux divisions anormales de certains organes, et spécialement à celles du voile du palais;* lu à l'Académie des sciences, le 26 février 1855.

(3) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 14 mars 1855

Un tel moyen échouerait, sans doute, dans des perforations compliquées de la voûte palatine, quelques soins que l'on prît à bien l'employer. On pourrait cependant, il me semble, utiliser encore cet ingénieux procédé de cautérisation, dans les cas même où il ne suffirait pas à lui seul, lorsque, par exemple, une opération autoplastique, ayant été pratiquée, n'aurait pas réussi complétement, et laisserait persister un hiatus assez étroit. La manière de faire proposée par M. Cloquet, réussirait peut-être ainsi à combler le reste de l'ouverture. Mais, répétons-le, la cautérisation, quelle qu'elle soit, est impuissante, à elle seule, contre les larges perforations ou divisions de la voûte palatine.

C'est à des moyens simplement palliatifs que l'on a eu recours pendant longtemps. Les plus usités aujourd'hui encore sont tout à fait mécaniques, et représentent les *obturateurs.* La substance qui les constitue, la forme qu'ils doivent avoir, les points d'appui ou de fixité qu'on leur donne, la manière enfin de les mettre en place et de les retirer, offrent des variétés dont nous n'avons pas à nous entretenir, plus que ne l'a fait l'auteur du mémoire.

Rappellerons-nous, avec lui, que l'invention de ces moyens mécaniques, soit en métal, soit en ivoire, remonte à une époque très reculée? On en attribue généralement la première application à Pétronius, en 1565.

A. Paré a fait figurer, dans ses œuvres, deux sortes d'obturateurs à plaque palatine, l'un surmonté d'un anneau, l'autre garni de deux ailes, pour placer ou retirer l'instrument. Ce second modèle a guidé Fauchard, en 1728, pour la fabrication d'un obturateur à ailes, qui, de nos jours, a été heureusement modifié par M. Charrière.

M. le professeur Sédillot (1), dans une simple appréciation de ces appareils, les divise en *obturateurs à ailes,* à *verroux,* à *chapeau* et à *plaque simple.*

M. Schange, pour un cas spécial, en a construit un qui supporte un nez artificiel. Mais laissons ces détails de côté. Disons seulement que les obturateurs peuvent être rangés, comme l'indique M. Baizeau, en deux classes : les uns s'introduisant dans l'ouverture qu'elles ferment, à la manière d'un bouchon; les autres s'appliquant au-devant d'elle, pour la masquer, à l'aide d'un point d'attache aux dents. L'inconvénient des premiers est d'entretenir indéfiniment et d'agrandir quelquefois l'hiatus du palais, en pressant sur ses bords, qui peuvent même s'excorier, dénuder l'os, et détruire les chances d'une guérison radicale. L'inconvénient des seconds, ou des *plaques* simples. est d'ébranler et d'altérer les dents sur lesquelles on les fixe, et en se déplaçant ensuite, de ne plus fermer hermétiquement l'ouverture.

Tels sont les défauts matériels que, pour ma part, j'ai eu à reprocher souvent aux obturateurs métalliques les mieux faits, en platine, en argent ou en or, sans parler du prix élevé de ces appareils exposés en outre à se perdre facilement.

J'avais cru, à cause de cela, que des obturateurs en caoutchouc vulcanisé seraient bien préférables; et dès que, pour la première fois, le docteur Gariel fit d'ingénieuses applications de cette substance à la chirurgie, j'eus occasion, en 1853, de lui faire

(1) *Traité de médecine opératoire,* t. II, 1855.

reçoive une suffisante quantité de sang. Enfin le procédé de M. Botrel offre moins d'inconvénients que ceux-là, mais il ne présente pas non plus toutes les conditions de vitalité désirable et laisse à son extrémité ou implantation antérieure une fixité défectueuse.

M. Baizeau a heureusement obvié à ces divers inconvénients dans un cas soumis, il y a quelques mois, à son observation, et qu'il a présenté à la Société de chirurgie (1). Ce fait intéressant peut se résumer ainsi :

Un caporal du 35e de ligne, âgé de 30 ans, ayant fait une chute du haut d'un grenier, le 14 avril 1852, était tombé la face contre des fagots, et s'était enfoncé dans la bouche un morceau de bois qui, après avoir déchiré la langue, pénétra dans les fosses nasales, en perforant la voûte palatine. Une vive douleur fut suivie d'une hémorrhagie assez abondante qui s'arrêta spontanément; et la blessure, abandonnée à elle-même, parvint, en quinze jours, à la guérison, mais en laissant après elle une petite tumeur développée sur la langue aux dépens de son tissu déchiré, ainsi qu'une perforation de la voûte palatine.

Ce militaire, croyant son infirmité incurable, était entré au Val-de-Grâce, au mois de mars dernier, pour une gengivite ulcéreuse, lorsque M. Baizeau, dans le service duquel il se trouvait, constata l'existence de la perforation, située sur la ligne médiane, au delà de 4 centimètres des incisives, au niveau du point d'intersection suturale des os palatins et maxillaires supérieurs. Cette perforation, de forme arrondie, avait 8 millimètres, à bords amincis et enfoncés vers les fosses nasales, surtout à la partie antérieure; elle donnait lieu aux effets bien connus de ces pertes de substance, et réclamait l'application d'un obturateur, sinon l'uraniscoplastie (2) à proprement parler. Ce fut cette opération délicate et difficile que notre confrère voulut cependant essayer, malgré l'insuccès de la plupart des tentatives de ce genre, mais eu égard aux conditions de l'ouverture et aux chances d'un nouveau procédé.

Voici, du reste, en quels termes l'auteur décrit lui-même son procédé, dans une note qui résume son mémoire à ce sujet : « Je taille sur les côtés de la fistule deux lambeaux longitudinaux parallèles à son grand axe, et qui, détachés de la voûte par leur face profonde, se continuent en avant et en arrière avec les parties molles. J'ai ainsi deux voiles, en forme de pont, mobiles latéralement, et pouvant facilement se réunir par leurs bords internes, de telle façon qu'il n'y a ni torsion, ni renversement, ni tiraillement des lambeaux, qui, d'autre part, sont largement alimentés par les vaisseaux palatins, se dirigeant d'arrière en avant. En outre, afin de ne pas augmenter le nombre des cas d'insuccès, et de ne pas employer des tissus peu propres à l'agglutination, je ne touche pas aux bords de la fistule, mais je porte à 1 ou 2 millimètres en dehors de l'ouverture l'incision qui doit limiter la lèvre interne des lambeaux. »

L'opération ainsi faite le 10 avril, c'est-à-dire six années après l'accident, et sur-

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 2 juin 1858.

(2) *Dictionnaire de médecine de Nysten, Littré, Robin*, 1855.

veillée avec soin dans ses suites, réussit fort bien. Un pertuis seul persistait au niveau de la suture antérieure; il fut cautérisé trois fois légèrement à huit jours d'intervalle, avec un stylet rougi, et la cicatrisation en devint définitive. Nulle trace fistuleuse n'existe aujourd'hui, et la voix a repris son timbre naturel.

Le mérite de ce procédé est évidemment de ne nécessiter ni le renversement, ni la torsion, ni le tiraillement des lambeaux qui tendent à se déchirer, à s'atrophier ou à se gangrener par les autres procédés. L'auteur de celui-ci, tout en lui attribuant des avantages justifiés par le résultat heureux qu'il en a obtenu, lui assigne cependant des limites. Il déclare lui-même qu'on ne peut l'employer pour des perforations trop grandes; et il reconnaît que, dans ces cas là, l'unique ressource est l'application d'un obturateur.

M. Baizeau ajoute à la description de son procédé quelques remarques judicieuses sur l'autoplastie essayée contre les divisions congénitales, et ne lui accorde que bien peu de chances de succès, à moins que sur les faces latérales internes des maxillaires supérieurs, on ne trouve assez de parties molles pour l'oblitération de l'ouverture palatine. Notre honorable confrère est d'autant plus fondé à émettre cette sage opinion, qu'il serait autorisé à en contester la justesse, d'après le beau résultat qu'il a obtenu lui-même de l'uranoplastie.

Ajoutons que depuis la lecture de ce rapport, il nous a fait connaître un nouveau cas de guérison, obtenue par Field (1), après quatre essais inutiles. Mais d'autres chirurgiens que M. Baizeau ne cite pas, et qui ont essayé aussi de pratiquer cette opération par divers procédés, n'y ont guère réussi, à peu d'exceptions près. Je puis nommer, par exemple, M. Ricord, qui m'a dit avoir tenté trois fois l'autoplastie de la voûte palatine, et n'y être parvenu qu'une seule fois, la première, vers 1834, dans un cas encore de perforation assez étroite. Un chirurgien belge dont nous connaissons d'utiles travaux, de Lavacherie, de Liége (2), a publié une observation de nécrose de la voûte palatine pour laquelle il avait fait une tentative infructueuse d'opération de ce genre.

J'ai enfin essayé l'uranoplastie dans un cas de perforation de la voûte palatine, avec perte de substance, consécutive à une ulcération syphilitique. C'était chez un jeune soldat, entré à la clinique du Val-de-Grâce en 1853, à la suite d'accidents secondaires. Il avait une ouverture de forme elliptique, rapprochée des fosses nasales, mises à nu, ayant le diamètre d'un centimètre environ, et donnant lieu à tous les effets de ces sortes de lésions. L'opération par la méthode de décollement et de glissement paraissait pouvoir réussir, sauf une hémorrhagie que l'on parvint à arrêter; mais l'opéré, malgré toutes les recommandations, montra une indocilité tout à fait nuisible au maintien des sutures, et l'insuccès définitif nécessita l'application d'un obturateur en caout-

(1) *Medical Times and Gazette*, août 1856.

(2) *Mémoires et observations sur quelques maladies des os maxillaires*. Bruxelles, 1843.

d'Étiolles, Bonfils, Sédillot, Nélaton; et parmi les noms étrangers, Dieffenbach, Rust, Chelius, Sotteau, Gibson, Smith, Pancoast, Fergusson, Middeldorpf, etc. Mais ces indications, que M. Baizeau a peut-être bien fait de passer sous silence, appartiennent aux divisions du voile du palais et à la staphylorraphie, bien plus qu'aux perforations et à l'autoplastie de la voûte palatine.

« L'uranoplastie, dit Blandin (1), qui semble lui avoir donné ce nom, est l'autoplastie du la voûte palatine, imaginée par M. Roux, pour faciliter ultérieurement l'opération de la staphyloraphie, dans les cas de division du voile du palais et de la voûte palatine; elle pourrait également être appliquée aux cas de simple perforation de cette dernière. » Blandin cependant a échoué dans l'un des deux cas dits de palatoplastie qu'il a eu occasion d'essayer, l'un par la méthode française, ou de glissement, l'autre par la méthode indienne, ou de déplacement.

Mais Krimer a obtenu un succès complet, et M. Botrel a réussi également une fois à peu près de même, contre une lésion aussi commune que difficile à guérir d'une manière absolue.

La fréquence des perforations congénitales de la voûte palatine, les inconvénients qui en résultent, la difficulté d'y remédier par des obturateurs, si ce n'est d'une manière palliative, et l'insuccès de la plupart des opérations tentées pour une cure radicale, ont conduit plusieurs chirurgiens à de nouveaux essais.

L'un d'eux, par exemple, M. G. Pollock (2), appartenant à l'hôpital St-Georges, de Londres, a publié il y a deux ans, sur ce sujet, un travail intéressant, dans lequel figurent les principales variétés de pertes de substance à la voûte palatine, ainsi que leurs complications.

M. Baizeau, dans son mémoire, réunit les divers procédés connus ou employés, en trois groupes, qu'il désigne sous les noms de procédés : 1° par glissement; 2° par renversement; 3° par déplacement latéral. Résumons-les sommairement d'après lui :

Le procédé par glissement consiste, après avoir ravivé les bords de la fistule, à décoller la membrane muqueuse dans une étendue de 10 à 15 millimètres, à rapprocher ensuite les parties molles et à les maintenir en contact avec quelques points de suture. Ce mode opératoire, fort simple, conçu d'après l'un des principes des opérations autoplastiques, n'a pas donné cependant les résultats favorables que l'on pouvait en attendre. Il a échoué entre les mains exercées de M. Sédillot et de Roux lui-même. D'autres chirurgiens n'ont pas été plus heureux.

Le procédé par renversement est dû à Krimer (3), qui l'a employé avec succès chez une jeune fille de 18 ans, dans un cas de division congénitale, très large, étendue jusqu'auprès de l'arcade alvéolo-dentaire. Deux lambeaux quadrilatères, taillés sur les

(1) *Autoplastie*, Thèse, 1836. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1847.

(2) *Observations on congenital deficiency of the palate, and the means to be used for its relief.* — London, 1856. *Medico-chirurgical Transactions*, 39e vol..

(3) *Journal de Græfe et de Walther*, t. X.

parties latérales de l'ouverture, et rabattus sur la ligne médiane, ou tournés vers les fosses nasales, avaient été réunis par des points de suture. La cicatrisation fut aussi prompte que régulière; la voûte palatine devint exactement close; mais la parole demeura défectueuse, « probablement, ajoute Blandin, parce que le voile du palais était resté très imparfait. » M. Baizeau n'indique pas cette dernière circonstance, dont il faut tenir compte, malgré le résultat heureux de la cicatrisation; et, à ce propos, nous sommes disposé à croire que la staphylorraphie est loin de restituer à la voix sa netteté naturelle, alors même qu'elle réussit le mieux comme opération.

M. Velpeau (1) a modifié le procédé de Krimer, en donnant aux lambeaux une forme triangulaire. M. Pancoast (2) a fait à peu près de même.

Le procédé par déplacement latéral comprend deux variétés : celle de M. Botrel et celle de M. Baizeau.

M. Botrel (3) commence l'opération par une incision transversale de 8 millimètres environ, à l'extrémité antérieure de la fistule; il fait partir ensuite des limites de cette première incision, une seconde incision oblique de chaque côté, d'avant en arrière et de dedans en dehors. De là résultent deux lambeaux quadrilatères à base postérieure, assez mobiles, pour se rapprocher latéralement et se réunir par des points de suture. Leur extrémité antérieure est introduite dans la fistule et y est maintenue à l'aide de fils sortant par les narines et fixés sur les joues. Mais ce procédé n'a pas fourni tout ce qu'il promettait, et en recherchant ses avantages unis à ceux des autres procédés d'uranoplastie, M. Baizeau n'a trouvé jusqu'ici, en dernière analyse, que trois succès complets, appartenant à Krimer, à Blandin et à M. Botrel, sans compter le sien. N'en soyons point étonnés, parce que le peu de vascularité, de souplesse et d'élasticité du tissu fibro-muqueux de la voûte palatine, ou son adhésion intime au tissu osseux, ne se prête pas à une opération d'autoplastie, et favorise encore moins les conditions nécessaires à la vitalité des lambeaux. D'autres cas de guérison existent sans doute dans la science.

L'auteur du mémoire, passant en revue les principaux procédés admis dans la pratique, reproche à chacun d'eux des inconvénients. Le premier de tous ces procédés, celui que nous appellerions procédé générique, ou représentant la méthode elle-même, celui de Roux, en un mot, tout avantageux qu'il puisse être, ne convient qu'à des perforations étroites. En effet, les parties molles qui doublent la voûte palatine étant très denses et très adhérentes, ne cèdent pas aux efforts exercés sur elles, pour masquer l'ouverture et subissent des tiraillements nuisibles à la réunion. Les procédés de Krimer et de MM. Velpeau et Pancoast ont bien pour avantage un rapprochement plus facile des lambeaux, mais le renversement qu'ils nécessitent, détermine beaucoup de gêne dans leur circulation, sans que leur base, déjà peu vasculaire,

(1) *Éléments de médecine opératoire*, 2e édit., t. Ier, 1839.

(2) *Gazette médicale de Paris*, juin 1845.

(3) Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*, 1853; *Revue médico-chirurgicale*, t. VIII.

chouc vulcanisé. La pratique de la plupart des chirurgiens fournirait des cas analogues à celui-là.

De l'ensemble des faits que nous venons d'analyser, soit d'après le mémoire, soit en dehors de ce travail, votre rapporteur, Messieurs, serait disposé à établir les conclusions générales suivantes :

1o L'autoplastie de la voûte palatine, où l'uranoplastie n'offre de chances de succès que bien rarement, si d'abord le malade s'y prête volontiers, si ensuite l'ouverture est peu étendue et régulière, à condition encore d'un mode opératoire bien choisi et d'une main chirurgicale assez exercée; il est nécessaire enfin que la guérison soit confirmée longtemps après l'opération. Le procédé de M. Baizeau semble d'ailleurs préférable à ceux que nous connaissons jusqu'ici.

2o La cautérisation, modifiée par le procédé de M. J. Cloquet, serait indiquée spécialement dans les cas de division simultanée, mais étroite du voile du palais, avec l'avantage d'être à la portée de tous les chirurgiens. On pourrait aussi, comme je l'ai proposé, recourir secondairement à ce genre de cautérisation, pour compléter la réunion devenue imparfaite à la suite de l'autoplastie.

3o L'application d'un obturateur reste, en définitive, la ressource la plus commune, la plus facile et la plus sûre, quoique ce soit seulement un moyen palliatif contre la plupart des larges perforations de la voûte palatine. Les obturateurs en bois me paraissent devoir être adoptés désormais, plutôt que d'autres.

Quant à la conclusion spéciale de notre rapport, elle se résume en un vote entièrement favorable. Vous le formulerez, Messieurs, avec confiance, je l'espère, en sachant aussi que l'auteur a publié, dans les *Mémoires de médecine militaire,* quelques travaux intéressants, et présenté à l'Académie des sciences d'utiles recherches ayant pour titre : *De l'influence des fractures sur le développement des os chez les enfants* (1).

J'ajouterai que notre honorable confrère, l'un des médecins-majors les plus distingués de l'armée, a obtenu, au concours, la place d'agrégé à l'École militaire de médecine du Val-de-Grâce. C'est à ce titre surtout que j'ai pu apprécier pendant deux ans le mérite de son savoir et l'honorabilité de son caractère.

En conséquence, Messieurs, votre commission a l'honneur de vous proposer de nommer M. le docteur Baizeau membre titulaire de la Société médicale d'émulation, et de renvoyer au comité de publication son *Mémoire sur les perforations et les divisions de la voûte palatine.*

Les conclusions du rapport sont adoptées.

(1) *Comptes-rendus hebdomadaires* des séances de l'Académie des sciences, 1854.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.